

Opération. — Le 4 juin 1901, l'opération est pratiquée par M. Legueu, avec l'aide de M. Chevassu, interne, sous l'anesthésie chloroformique.

La peau est incisée au milieu de l'éventration, suivant une ligne parallèle à l'arcade de Fallope.

Le péritoine se trouve immédiatement au-dessous de la peau, il est ouvert en même temps.

L'incision péritonéale agrandie permet de voir que la séreuse est sans adhérences, et que les anses intestinales sont libres.

Le péritoine est séparé de la peau avec les doigts, par décollement de manière à mettre à nu sur toute sa circonférence l'orifice de l'éventration.

Sur ce bord tranchant constitué par une cicatrice fibreuse mince, j'incise pour mettre à nu la couche musculaire.

Suture du péritoine au surjet de catgut. Suture de la couche musculo-aponévrotique, à l'aide de points séparés de crin de Florence, au nombre de huit, qui, passés de la lèvre supérieure à la lèvre inférieure, donnent à la plaie réunie une direction parallèle à l'arcade crurale.

Suture de la peau par un surjet de crin de Florence.

Les suites furent simples, apyrétiques. Le premier pansement eut lieu le 12 juin: on ne remarque rien d'anormal.

Le 16 juin, on fait le pansement pour enlever les fils superficiels: la plaie est soulevée par un hématome superficiel sous-cutané qui est évacué. Il est constitué par du sang pur en caillot. Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie.

Le drain est retiré le 26 juin, et le malade guéri quitte le service le 7 juillet.

La cicatrice est bonne, solide, résiste bien à la pression intestinale.

III

APPENDICITE ET ANNEXITE

- I. *Appendicite ou annexite?* Observation d'une malade opérée à tort pour appendicite aiguë, alors qu'il s'agissait d'une salpingite. Autres erreurs de diagnostic entre le kyste dermoïde tordu, la rupture de la grossesse tubaire et l'appendicite, *Eléments du diagnostic entre l'appendicite et la salpingite* pendant les crises aiguës et dans l'intervalle des crises à froid.
- II. *Appendicite et annexite?* Observation d'une malade qui présente les deux lésions associées. Cette coïncidence est favorisée par la situation pelvienne de l'appendice ou la situation haute de la trompe.
- Pathogénie* de la propagation de l'inflammation de la trompe à l'appendice.
- Diagnostic* de la coexistence. Nécessité de la laparotomie.
- Opération*: hystérectomie abdominale supravaginale pour salpingite double avec appendicectomie.

MESSIEURS,

Si chez l'homme, le diagnostic de l'appendicite est quelquefois délicat, les difficultés qu'il soulève chez la femme sont encore plus sérieuses et plus embarrassantes. C'est que chez la femme, il est au voisinage de l'appendice, en dedans et tout près de lui, des organes comme la trompe et l'ovaire, dont les affections si communes affectent des allures bien trompeuses. D'ailleurs les deux affections, appendicite et salpingoovarite, existent parfois simultanément, et à chaque instant l'une ou l'autre des questions suivantes se pose à nous: Y a-t-il appendicite ou annexite? Y a-t-il appendicite et annexite?

Plusieurs des malades qui sont en ce moment en traitement dans nos salles ont été pour nous l'occasion de ce problème; et ce matin je vais opérer devant vous une femme chez laquelle j'ai diagnostiqué une appendicite compliquant une salpingite droite. Aussi bien je me propose de grouper et de rapprocher des faits à peu près similaires, pour en tirer des déductions pratiques et d'étudier les rapports de l'appendice chez la femme avec les affections des annexes de l'utérus.

I

Appendicite ou annexite? Voilà la question que nous nous posons chez cette femme de trente-quatre ans, qui est couchée au n° 17 de la

salle Notre-Dame. Elle nous était venue le 17 mai, dans l'après-midi; elle était à ce moment en pleine crise aiguë.

La veille de ce jour, à 8 heures exactement, elle avait été prise brusquement de douleurs très vives dans le ventre à droite, de nausées, de frissons et de fièvre; le lendemain, les douleurs persistaient, la malade commençait à vomir, et sans attendre davantage, suivant les conseils de son médecin, elle se faisait conduire à l'Hôtel-Dieu.

L'interne l'examine: elle éprouve dans la fosse iliaque droite une vive douleur, que la pression réveille, la douleur s'accompagne d'une défense musculaire très accentuée; le pouls est faible, à 120, la température à 37°,5, la langue est sale, le facies altéré.

Déjà l'année dernière, au mois de juin 1900, elle avait été soignée pour une crise semblable à l'hôpital Andral, dans le service de M. Mathieu; c'étaient les mêmes douleurs à droite, la même sensibilité du ventre. Comme aujourd'hui, il y avait des vomissements et de la fièvre. On reconnaissait à ces signes une appendicite, et sans parler d'opération, on appliquait de la glace, on donnait de l'opium, et trois semaines après, exactement le 7 juillet, la malade rentrait chez elle en excellent état.

Depuis lors, elle n'avait ressenti aucune douleur, son ventre n'avait jamais été sensible, il n'y avait jamais eu de pertes.

A ce passé, à ces signes, l'interne de garde reconnaît l'appendicite et mande en toute hâte le chirurgien de garde: celui-ci examine à son tour, confirme le diagnostic proposé et juge une opération urgente.

Elle est pratiquée dès le soir à 11 heures, par mon interne, M. Braillon, et avec le consentement, sous la responsabilité du chirurgien de garde. L'opération est faite à droite sous le chloroforme; le péritoine ne présente aucune trace d'inflammation, l'appendice est blanc, souple, non rigide, sans fausses membranes; on l'enlève cependant, et la plaie est fermée sans drainage.

Le lendemain, le 18 juin, au matin, M. Braillon me rend compte de cette opération, me dit combien l'appendice était sain, combien la région du cæcum paraissait peu malade, et me fait part de ses doutes. Cependant la malade est déjà mieux, la température est à 37°, le pouls est tombé à 80.

J'examine à mon tour, je pratique le toucher vaginal, je constate à droite de l'utérus une tuméfaction douloureuse, que je suppose de nature annexielle, et rectifiant le diagnostic je dis: annexite au lieu d'appendicite.

Quelques semaines après, je faisais une nouvelle laparotomie, celle-là médiane, et j'enlevais une trompe droite suppurée avec un ovaire moins altéré.

Voilà donc une malade qui en pleine crise aiguë se présente avec des phénomènes douloureux à localisation iliaque: on croit à une appendicite, on résèque même l'appendice: c'était une salpingoovarite.

Ce n'est pas la première fois que je vois ces difficultés et que je suis témoin de pareille méprise. Toutes les affections aiguës des annexes, toutes les affections à crises surtout, ont des signes qui rappellent de bien près ceux qui provoquent les appendicites et l'erreur est facile et excusable.

Il en fut ainsi par exemple chez cette petite fille de onze ans et demi que j'opérais le 14 avril dernier à l'hôpital des Enfants-Malades un jour de garde¹: brusquement elle avait ressenti le 2 avril une douleur à droite, puis des phénomènes péritonéaux s'étaient développés: fièvre, vomissements, pouls rapide. Je la vois le 14 avril à deux heures du soir; il y a à droite un maximum de douleur et de contracture musculaire, le facies est grippé, la température est à 38°,5, le pouls à 136, petit et filant: je crois à une appendicite.

J'opère: mais l'appendice et le cæcum sont sains. Dans le pelvis, je trouve une tumeur, c'était un kyste dermoïde de l'ovaire droit, tordu sur son axe. Je l'enlève et l'enfant guérit.

Même erreur chez une autre malade que j'opère, il y a deux ans, en pleine crise de péritonite; trois jours avant, en pleine santé, cette femme, âgée de trente-cinq ans, est prise de douleurs dans le ventre; elle se couche, vomit, a quelques frissons. Le lendemain, le malaise s'accroît, le ventre devient plus sensible et se ballonne, la constipation devient absolue, les vomissements prennent une teinte noire.

Et quand le surlendemain, je suis appelé près d'elle, la péritonite est évidente; le ventre est uniformément sensible, et tellement que le palper est impossible, la sensibilité est partout égale, mais le pouls est rapide à 120 et fuyant. L'opération immédiate s'impose: je la pratique le soir à 10 heures, et sous le chloroforme, qu'est-ce que je trouve? deux grosses tumeurs pelviennes ou sous-ombilicales. C'étaient deux kystes de l'ovaire suppurés, contenant chacun 300 ou 400 grammes de pus, et qui brusquement avaient donné lieu à une péritonite. La malade guérit.

Enfin je pourrais vous citer encore deux autres cas, où une inter-

1. F. Legueu. *Kyste dermoïde tordu chez un enfant de onze ans et demi* (Comptes rendus de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, t. III, 1901, p. 103).

vention d'urgence, nécessité par des accidents brusques de douleurs et de réaction péritonéale m'a mis en présence d'une rupture de grossesse tubaire alors que la fièvre, la douleur latérale, une réaction péritonéale vive, me faisaient croire à une appendicite. Dans ces deux cas, d'ailleurs, les malades bénéficièrent également de l'opération et guérèrent très simplement.

Donc toutes les affections aiguës des annexes, toutes celles qui chroniques sont parfois le prétexte ou l'occasion d'une poussée ou d'une crise aiguë, peuvent faire croire à une appendicite.

Mais c'est surtout avec les salpingites, que vous aurez à discuter ce diagnostic, avec les salpingites aiguës, et surtout avec les poussées de pelvi-péritonite périsalpingée.

Et ici cependant il est indispensable d'établir un diagnostic positif; car la thérapeutique en dépend. Pour une grossesse extra-utérine rompue, pour un kyste tordu de l'ovaire, l'opération est tout aussi urgente qu'elle le serait avec une appendicite; et quel que soit le diagnostic, les malades ont à bénéficier à peu près également d'une opération d'urgence, et aucune de celles que j'ai opérées dans ces conditions n'a eu à regretter l'opération, puisque toutes ont guéri.

Mais il n'en va pas de même, lorsque au lieu d'une appendicite on se trouve en présence d'une poussée de périsalpingite. Ici l'opération urgente est absolument contre-indiquée: à l'opérer de suite, vous courez le risque d'intervenir sur un foyer en voie d'extension, sur une infection dont les limites sont diffusées; vous pourrez difficilement la circonscrire, et l'opération y perdra de sa sécurité et de sa bénignité. Si vous n'opérez pas, au contraire, au bout de quelques jours la crise passera, les phénomènes péritonéaux s'amenderont, et il vous arrivera même de voir disparaître complètement la salpingite pour laquelle vous auriez pu croire au début une opération à brève échéance indispensable.

Exemple: l'année dernière, c'était le 20 novembre, j'étais appelé par un de nos confrères de la ville près d'une malade atteinte de péritonite appendiculaire. Il fallait aller de suite, l'état était grave, et une opération s'imposait dans un très court délai. Je trouve une jeune femme de vingt ans, qui la veille avait été prise de violentes douleurs dans le ventre, vomi à plusieurs reprises et avait des tendances à la syncope. Le ventre se ballonne et devient partout sensible: la sensibilité est surtout développée dans la région hypogastrique et semble prédominer à droite.

Mais le ballonnement du ventre est localisé au-dessous de l'ombilic et j'insiste sur ce point: malgré des vomissements incessants, malgré la fièvre 38°,5, l'état général n'est pas mauvais: le facies n'est pas grippé, les yeux n'ont pas ce cercle noir indice des grandes infections diffuses, le pouls reste à 110. Je ne reconnais pas là l'appendicite, et en touchant la malade je trouve à droite et à gauche de l'utérus, à droite surtout, une tuméfaction vague mais douloureuse dans les deux culs-de-sac; la mobilisation de l'utérus réveille une douleur intense.

Je diagnostique: salpingoovarite double aiguë, probablement blennorragique, avec poussée de pelvi-péritonite périsalpingée et je prescris: repos, injections chaudes, applications de glace sur le ventre. Et trois semaines après, la crise est absolument terminée.

Ceci se passait il y a huit mois: depuis lors, j'ai revu cette malade; elle est absolument bien, ne se plaint de rien, a repris sa vie courante, et l'examen que j'ai fait ne m'a démontré aucune trace des lésions anciennement constatées.

J'avais donc eu mille fois raison de ne rien faire la première fois que je vis cette malade: non seulement elle n'était pas justiciable à ce moment d'une opération d'urgence, mais l'amélioration spontanée a été telle depuis, que je suis presque certain qu'elle n'aura jamais besoin d'être opérée.

Ici même, il y a quelques semaines, nous avons eu à résoudre ce problème difficile du diagnostic de l'appendicite et de l'annexite.

Le 8 mai 1901, une jeune femme entrant dans l'après-midi, salle Notre-Dame, pour des accidents abdominaux aigus qui avaient débuté deux jours avant; elle avait été prise en dehors de ses règles de douleurs abdominales, de vomissements, et avait été forcée de s'aliter tout de suite. Deux jours de repos n'avaient rien donné; et elle venait à l'hôpital dans un état assez alarmant.

Le ventre est ballonné, douloureux et contracturé: les vomissements sont constitués par de la bile, le pouls est rapide à 110, la température à 38°,5. L'interne de garde croit à une appendicite, il fait venir le chirurgien de garde, mais celui-ci ne juge pas à propos d'intervenir et prescrit de la glace.

Le lendemain, la malade n'est pas mieux: elle a été agitée toute la nuit, elle a vomi deux fois, la température est à 38° et le pouls à 120°. L'interne de la salle, M. Chevassu, justement effrayé de ces manifestations me fait part de ses inquiétudes, et pensant qu'une opé-

ration immédiate sera nécessaire me prie d'examiner de suite la malade.

Je suis frappé tout d'abord par l'aspect très favorable, par le facies très reposé que cette malade me présente; la voix est bonne, les yeux ne sont pas cernés, la langue est simplement sèche mais blanche. Depuis 4 heures du matin, les vomissements n'ont pas reparu; la température est à 38°, mais le pouls n'est pas brillant, il est rapide, à 120 et assez dépressible; voilà pour les signes généraux. Voici maintenant les signes locaux.

Le ventre est développé surtout au-dessous de l'ombilic, mais le ballonnement est à ce niveau bilatéral, la contracture et la sensibilité provoquée également accentuées à droite et à gauche. Il n'y a pas de prédominance de la douleur dans la fosse iliaque. Mais par le toucher vaginal, je trouve l'utérus douloureux, le cul-de-sac postérieur est également très douloureux et dans les deux culs-de-sac, je devine plutôt que je ne sens une tuméfaction douloureuse.

Je refusai d'opérer: mon diagnostic fut salpingite, et pour cela je me basais autant sur les résultats du toucher que sur l'intégrité de l'état général. Et malgré la rapidité du pouls, je maintins ferme mon diagnostic et mon traitement d'expectative. L'avenir d'ailleurs, me donnait raison: au bout de quelques jours la malade allait mieux, et je l'opérai bientôt de sa double salpingite.

Quels sont donc, Messieurs, les éléments de ce diagnostic si délicat? et n'y a-t-il pas quelques signes, quelques indices au moins pour nous mettre sur la voie?

Le *début* d'abord: il est brusque dans l'appendicite, subit, en coup de poignard. Déjà dans la salpingite, c'est plus rare; il est avant la grande douleur des manifestations plus sourdes, des prodromes douloureux qui annoncent.

La *douleur* est également vive dans les deux cas, mais son siège ou son point maximum est plus élevé dans un cas, plus pelvien dans l'autre.

De plus, la douleur de la salpingite est intermittente, revient par paroxysmes; celle de l'appendicite est sourde mais continue; la défense musculaire ne se fait qu'à droite. Avec la salpingite, au contraire, il y a contracture de toute la paroi abdominale, surtout au-dessous de l'ombilic.

Le *pouls* est moins rapide dans la salpingite avec péritonite, car l'infection de la séreuse péritonéale n'est jamais aussi vive qu'elle l'est

dans l'appendicite. Ici le pouls est bien vite à 100, 110 et 120 dans les cas graves: là, il reste autour de 100, il est plus fort, moins fuyant.

Les *vomissements* sont à peu près les mêmes; rares ou fréquents, intermittents ou subintrants, bilieux ou déjà foncés, ils sont l'un et l'autre. Mais dans l'appendicite, ils prennent plutôt cette teinte sombre, qui les rapproche des vomissements fécaloïdes de la péritonite.

La *température* est élevée dans les deux cas; dans la salpingite, elle oscille autour de 38°, 38°,5; dans l'appendicite elle monte à 39°. Mais aussi combien d'appendicites qui évoluent gravement avec un 37°,2 ou un 37°,5?

L'*état général* est meilleur dans la salpingite que dans l'appendicite: et la différence est presque toujours très appréciable. Avec une appendicite, quels que soient par ailleurs les signes locaux, il y a de l'anxiété, de l'angoisse, les traits sont tirés, les yeux cernés, le facies péritonéal. Dans la périsalpingite au contraire, quelque intense que soit la réaction locale, le facies exprime la douleur, mais ne manifeste pas cette altération, que j'ai toujours vu dans l'appendicite et à laquelle j'attache une grande valeur.

Enfin voici les *signes objectifs*: d'abord le ballonnement partiel, sous-ombilical dans la pelvi-péritonite, bilatéral presque toujours, mais inférieur, localisé. Dans l'appendicite, il est plus étendu, souvent général, malgré la persistance ou le maximum de la douleur à droite.

Puis le toucher: si c'est une appendicite, il n'y a rien dans les culs-de-sac à moins que l'appendicite ne soit pelvienne; la salpingite au contraire se perçoit au toucher, sous la forme d'une tuméfaction, d'un empatement vague d'un cul-de-sac. L'utérus est douloureux au toucher.

Et c'est tout, des indices, des nuances, et encore combien vagues! Voilà les éléments de notre diagnostic: deux cependant me semblent primer tous les autres; ce sont: la réaction générale, c'est-à-dire, l'habitus, le facies, puis les résultats du toucher.

Mais à côté des cas nets et tranchés, combien d'intermédiaires pour lesquels l'hésitation restera permise et l'incertitude très légitime?

D'ailleurs, ce n'est pas seulement au cours des crises aiguës que la question appendicite ou annexite est délicate à trancher. Elle l'est aussi chez les malades que l'on voit à *froid au repos* en dehors de toute crise aiguë, et qui consultent pour des douleurs à répétition actuellement évanouies.